

การทบทวนระบบควบคุมราคาขายในประเทศไทย

อรอนงค์ วลีขจรเลิศ*

พรพิศ ศิลขจร†

ชวัญสุดา ชาติโสภณ‡

ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช*

สมกร ชัยจิต†

จุฬารณีย์ ลิ้มวัฒนานนท์§

บทคัดย่อ

รายงานฉบับนี้เป็นการศึกษาระบบการควบคุมราคาขายในประเทศไทย วิธีการศึกษาที่ใช้คือการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบโดยตรงในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประชุมรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้อง ศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรม ผลการศึกษาพบว่ากระทรวงสาธารณสุขเน้นกลไกการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในภาครัฐ โดยการควบคุมราคาขายเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการพิจารณาคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งต้องมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยกำหนดให้ผลกระทบทางงบประมาณเป็นเกณฑ์หนึ่งของการพิจารณาคัดเลือกยาใดๆเข้าบัญชีฯ หลังจากนั้นมีการกำหนดราคากลางสำหรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีกลไกควบคุมราคาในขั้นตอนการจัดซื้อยาของหน่วยงานทุกระดับตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ และการต่อรองราคาขายบัญชี จ.๒ และยาจำเป็นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีจำนวนรายการยาที่ต่อรองค่อนข้างจำกัด สำหรับการดำเนินการจัดซื้อร่วมในระดับจังหวัดและระดับเขต ยังดำเนินการไม่เต็มที่

ยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบและไม่มีหลักเกณฑ์ในการกำหนดราคาขายก่อนการขึ้นทะเบียนยา ยังไม่มีกฎหมายหรือระบบควบคุมกำไรในภาคเอกชน มีเพียงการควบคุมไม่ให้จำหน่ายเกินราคาที่ระบุโดยผู้ผลิต ในส่วนของการติดตามราคายามีเพียงระบบข้อมูลราคาขายที่จัดซื้อของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นการรายงานแบบสมัครใจของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ควรดำเนินการเพื่อควบคุมราคาขายคือ มีข้อกำหนดให้บริษัทยาแจ้งโครงสร้างต้นทุนยาเป็นส่วนหนึ่งของเงื่อนไขการพิจารณาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ จัดการความรู้เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการจัดซื้อและต่อรองราคาขาย ขยายรายการที่ต่อรองโดยส่วนกลางร่วมกันระหว่าง ๓ กองทุน ปรับปรุงการดำเนินการราคากลางและระบบติดตามราคาขาย และศึกษาผลกระทบของการควบคุมราคาขายต่ออุตสาหกรรมยาในประเทศไทย

คำสำคัญ: การควบคุมราคาขาย, ระบบประกันสุขภาพ

Abstract

A review of drug pricing control system in Thailand

On-anong Waleekhachonloet*, Thananan Rattanchotphanit*, Pornpit Silkavute†, Thanaporn Chaijit†, Kwansuda Chadsom‡, Chulaporn Limwattananon§

**Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, †Health Systems Research Institute, ‡Nonghan Hospital, Udonthani, §Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University*

This study focused on a review of the national system for drug price policy. Methods including interviewing key persons in various organizations, meetings with experts, studying related documents and literatures, were used. The study revealed that Ministry of Public Health (MOPH hospitals) had several indirect drug price control mechanisms for government sector especially for the MOPH hospitals

*คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

†สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

‡โรงพยาบาลหนองหาน อุดรธานี

§คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

themselves. Drug price control has been started in the process of national essential drug list (ED) selection. Cost effectiveness and budget impact analyses were parts of the consideration criteria. After drugs were selected as the ED, median price would be set as the price control measure for procurement process of MOPH hospitals. In addition, central negotiation was used for controlling price of single source non-essential drugs in MOPH hospitals. National Health Security Office takes the leading role in price negotiating of high cost ED to ensure accessibility for their beneficiaries. However, limited items were negotiated in each year. Group purchasing in level of provinces and regions was not much expanded from the past.

There exists no autonomous body and no regulation for controlling of manufacturer price setting before drug registration processes. No regulation and system for controlling mark up in private sector have been implemented. Selling price was controlled to not more than price list. For drug price monitoring, only voluntary reporting of MOPH hospital purchasing price was available under the Drug and Medical Supply Information Center (DMSIC).

As the ways to improve drug price control system in Thailand, manufacturer production cost structure should be submitted as the condition for national essential drug list consideration. In terms of negotiation, knowledge management of negotiation and purchasing strategies, expanding of items for central negotiation for all three health insurance schemes are encouraged. Drug price setting for procurement and a monitoring system should be improved. Moreover, a study on adverse effects of drug price control system on domestic pharmaceutical industries is necessary.

Keywords: Drug price control, Health insurance system

ภูมิหลังและเหตุผล

ตลาดยาไม่ใช่ตลาดแข่งขันสมบูรณ์ มีบริษัทยาขนาดใหญ่จำนวนหนึ่งผูกขาดธุรกิจยาต้นแบบ (original) ที่ใช้ทั่วโลกทำให้อุตสาหกรรมยาต้นแบบทำกำไรได้เป็นอันดับสองรองจากอุตสาหกรรมน้ำมัน โดยมีสัดส่วนกำไรกว่าร้อยละ ๒๐ ของยอดจำหน่าย^(๑) บริษัทยาใช้กลวิธีหลากหลายในการจำหน่ายเพื่อให้เกิดกำไรสูงสุดและนานที่สุด ร่วมกับกลยุทธ์การส่งเสริมการขาย นักเศรษฐศาสตร์พบว่าตลาดยาเป็นตลาดที่ผู้บริโภคมักมีความอ่อนไหวต่อราคาน้อย สำหรับยาที่มีผู้ผลิตจำหน่ายรายเดียวและสามารถเบิกจ่ายได้ในระบบประกันสุขภาพมีปัญหาด้านความยืดหยุ่นของราคา ดังนั้นกลไกต่างๆ ในการควบคุมราคาจึงมีความสำคัญ^(๒) ยาที่มีความจำเป็นควรมีกระบวนการจัดการเพื่อป้องกันปัญหาผู้ป่วยเข้าไม่ถึงยา ในขณะที่ยาราคาสูงที่มีแนวโน้มการใช้ฟุ่มเฟือยก็ควรมีกลไกควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยา

ประเทศไทยมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมราคายาทั้งทางตรงและทางอ้อม อย่างไรก็ตามการดำเนินการยังเป็นแบบแยกส่วน การวางแผนระยะยาวเพื่อให้เกิดความ

ยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพต้องคำนึงถึงการเข้าถึงยาจำเป็นและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาได้ การไม่มีหน่วยงานที่ดูแลเรื่องราคาของประเทศไทยทำให้ระบบประกันสุขภาพทั้งสามในประเทศได้พัฒนาการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่หลากหลาย สร้างความยุ่งยากในทางปฏิบัติให้กับหน่วยบริการที่ต้องจัดหาจ่ายจำเป็นในบางรายการมีราคาสูงมาก และขาดอำนาจต่อรองกับบริษัทยาโดยเฉพาะยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว

การศึกษาที่จังหวัดทวีสถานการณ์ของระบบการควบคุมราคาในปัจจุบัน เป็นส่วนหนึ่งของการวางรากฐานในการพัฒนาระบบ กลไกควบคุมราคาและการติดตามราคาในอนาคต

ระเบียบวิธีการศึกษา

ศึกษาโดยสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบโดยตรงในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกรมการค้าภายใน กรมทรัพย์สินทางปัญญา (กระทรวงพาณิชย์) กรมบัญชีกลาง (กระทรวงการคลัง) สำนักบริหารการสาธารณสุข กองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) สมาคมเภสัชกรรม



โรงพยาบาล และสมาคมเภสัชกรรมชุมชนแห่งประเทศไทย จำนวนทั้งหมด ๑๘ คน ประชุมแผนงานนโยบายราคายาเพื่อระดมความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการจำนวน ๑๐ ครั้ง ศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรม

รูปแบบในการวางกรอบเนื้อหา ประยุกต์มาจาก Pharmacy Pricing and Reimbursement Information (PPRI)-Pharmacy Profile^(๓) เป็นรูปแบบที่ใช้ในการรายงานข้อมูลบริบทและสถานการณ์ราคาของยาของกลุ่มประเทศในยุโรปซึ่งพยายามสร้างเครือข่ายเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลและพัฒนากลไกการควบคุมราคายาตลอดจนระบบการเบิกจ่ายยาโดยเน้นประเด็นเนื้อหาในส่วนของกำหนดยา

ผลการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศไทยประมาณร้อยละ ๖๒.๒ เป็นค่าใช้จ่ายในส่วนของโรงพยาบาล^(๔) ซึ่งจากจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศประมาณร้อยละ ๗๐ เป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐ เป็นโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น และร้อยละ ๒๐ เป็นโรงพยาบาลเอกชน^(๕)

การควบคุมราคาของประเทศไทยเกือบทั้งหมดเป็นการควบคุมราคาโรงพยาบาลภาครัฐ โดยเฉพาะสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลไกที่มีผลต่อราคายามีหลายส่วนเนื่องจากระบบประกันสุขภาพของประเทศในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ด้านยามีการเปลี่ยนแปลงในช่วงที่ผ่านมา ผลการศึกษาครั้งนี้จึงนำเสนอบริบทของระบบประกันสุขภาพเป็นลำดับแรก และจากนั้นรวบรวมสิ่งที่มีการดำเนินการในระดับประเทศเพื่อการควบคุมราคา ซึ่งประกอบด้วยบัญชียาหลักแห่งชาติและราคากลาง มาตรการที่ใช้ควบคุมราคาในการจัดซื้อยาในสถานพยาบาลของรัฐ และการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา ตามมาด้วยสิ่งที่ควรมีการพัฒนาเพิ่มเติมคือการกำหนดราคาก่อนยาออกวางจำหน่าย และระบบการติดตามราคา ถัดมาเป็นส่วนของการควบคุมราคาในภาคเอกชนคือการกำหนดกำไรและภาษีในแต่ละระดับของห่วงโซ่อุปทาน

ซึ่งจะนำเสนอในรายละเอียดต่อไป

ระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศไทยในปัจจุบันถือว่าเป็นภาคสาธารณสุขซึ่งครอบคลุมประชากรกว่าร้อยละ ๙๗ ของประเทศ^(๖) ประกอบด้วย

๑. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบที่ครอบคลุมประชากรกว่าร้อยละ ๗๐ ของประเทศ (๔๗ ล้านคน) บริหารจัดการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งจ่ายเงินให้โรงพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis-related group, DRG) สำหรับผู้ป่วยใน และเหมาจ่ายรายหัว (capitation) สำหรับผู้ป่วยนอก ดังนั้น ค่าใช้จ่ายด้านยาจึงรวมกับค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ไม่มีการแยกสิทธิประโยชน์ด้านยาออกมาต่างหาก แต่ระบุว่าให้สิทธิประโยชน์ด้านยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยจำกัดให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนในท้องที่ ซึ่งส่วนใหญ่โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาคเป็นสถานพยาบาลของรัฐ

๒. กองทุนประกันสังคม ครอบคลุมลูกจ้างในภาคเอกชนประมาณ ๑๐ ล้านคน (ร้อยละ ๑๒ ของประชากรทั้งประเทศ) บริหารจัดการโดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน เป็นระบบที่จ่ายเงินให้โรงพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (inclusive capitation) ดังนั้น ค่าใช้จ่ายด้านยาจึงรวมกับค่ารักษาพยาบาลและไม่ได้แยกสิทธิประโยชน์ด้านยา โรงพยาบาลมักใช้ยาตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ ในแต่ละปี ผู้ประกันตนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลที่ใดที่หนึ่ง โดยมักกระจุกตัวในเขตเมืองขนาดใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งมีโรงพยาบาลเอกชนอยู่เป็นจำนวนมาก

๓. สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ ครอบคลุมข้าราชการและครอบครัวประมาณ ๕ ล้านคน บริหารจัดการโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง เป็นระบบที่จ่ายเงินให้โรงพยาบาลแบบ DRG สำหรับผู้ป่วยใน และแบบรายบริการ (fee for service, FFS) สำหรับผู้ป่วยนอก ซึ่งในปัจจุบันมีระบบการเบิกจ่ายตรงระหว่างกรมบัญชีกลางกับหน่วยบริการ

โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อน นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีอิสระในการใช้บริการรักษาพยาบาลที่ได้ก็ได้อีกได้หากเป็นของรัฐ พบว่า สวัสดิการรักษาระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ กองทุนเป็นอย่างมาก (ประมาณ ๕ เท่าของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) และมีการเติบโตของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (ซึ่งส่วนใหญ่กว่าร้อยละ ๘๐ เป็นค่ายา) สูงกว่าของผู้ป่วยใน การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยามีเพียงข้อกำหนดให้การใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ต้องมีหนังสือรับรองของคณะกรรมการแพทย์ภายในโรงพยาบาล ทั้งนี้กลไกดังกล่าวไม่สามารถควบคุมการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติให้กับผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีความจำเป็นอย่างแท้จริงได้ ในปัจจุบันค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีผู้ผลิตรายเดียวให้กับผู้ป่วยนอกมีสัดส่วนสูงมาก กรมบัญชีกลางกำลังทบทวนเพื่อปรับปรุงระเบียบการเบิกจ่ายค่ายาที่สร้างแรงจูงใจในการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ยาที่เบิกจ่ายได้ในระบบประกันสุขภาพทั้งสาม คือ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งฉบับปัจจุบัน คือ บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ผู้ให้บริการสุขภาพหลักสำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการรักษาระบบหลักข้าราชการคือ สถานพยาบาลภาครัฐ ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่จำหน่ายโดยสถานพยาบาล ผู้ป่วยไม่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด สิทธิประโยชน์ด้านยาในระบบประกันสุขภาพทั้งสาม ยังไม่มีการใช้ระบบร่วมจ่าย (copayment) หรือการจ่ายตามอัตราของราคาอ้างอิง (reference price, RP)

ระบบการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของแต่ละระบบประกันสุขภาพที่มีความแตกต่างกันส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษา กล่าวได้ว่า สวัสดิการรักษาระบบหลักข้าราชการมีความเข้มงวดต่อการสั่งใช้ยาที่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติน้อยที่สุด ทำให้มีปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่าย ทั้งนี้โรงพยาบาลสามารถเพิ่มรายได้จากส่วนต่างของผลกำไรจากการใช้นอกบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งมักเป็นยาที่มีราคาสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับผู้ป่วยนอกที่ยังใช้ระบบการจ่ายเงิน

แบบ FFS

สำหรับค่าใช้จ่ายด้านยาในภาคเอกชนนั้น ผู้ป่วยที่ใช้บริการที่คลินิกแพทย์และร้านยาจะต้องชำระค่ายาเองทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นยาบรรจสุเสร็จที่มีไซยาอันตรรายหรือยาอันตรราย (ซึ่งไม่ต้องใช้ใบสั่งยาจากแพทย์) สำหรับการเจ็บป่วยตามอาการโรคทั่วไปหรือโรคเรื้อรัง รวมทั้งยาควบคุมพิเศษหรือยาอื่นที่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์เนื่องจากเป็นสถานบริการที่โดยปกติไม่อยู่ภายใต้การครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพหลัก

การควบคุมราคายาระดับประเทศ

บัญชียาหลักแห่งชาติและการคัดเลือกยา

หลักการของบัญชียาหลักแห่งชาติ คือ รายการยาที่มีความจำเป็นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย ด้วยกระบวนการคัดเลือกยาที่โปร่งใสและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ยาที่ได้รับการคัดเลือกต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนประสิทธิผลและมีประโยชน์มากกว่าความเสี่ยงอย่างชัดเจนมักเป็นยาในลำดับต้นๆ ที่แนะนำทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guidelines, CPG) มีความคุ้มค่าตามหลักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขคือ สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและความสามารถในการจ่ายของสังคมเมื่อพิจารณาถึงต้นทุน-ประสิทธิผล สำหรับยาใหม่ที่มีราคาสูง มีการจัดให้มีกลไกกลางกำกับการใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นให้สามารถเข้าถึงได้ มีเป้าหมายให้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นบัญชียายังผล (effective list) เพื่อให้ระบบประกันสุขภาพสามารถใช้อ้างอิงสำหรับการเบิกจ่าย (reimbursable list) ภายใต้สิทธิประโยชน์ด้านยาเพื่อให้เกิดเสถียรภาพและความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ แพทยสภาและราชวิทยาลัย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และองค์การเอกชนที่ไม่แสวงผลกำไร

ประเทศไทยมีบัญชียาหลักแห่งชาติครั้งแรกในปี ๒๕๒๔ โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดทำบัญชีที่เรียกในระยะแรกว่า



“บัญชียาจำเป็น (Essential Drug Lists)” ในระยะเวลาที่ผ่านมา มีการปรับปรุงบัญชียาหลักแห่งชาติครั้งสำคัญในปี ๒๕๔๒, ๒๕๔๗ และ ๒๕๕๑ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๗ มีการพัฒนาเครื่องมือคัดเลือกยาที่สำคัญคือระบบคะแนน ISaFE (Information-Safety-Administration restriction-Frequency-Efficacy) และดัชนี EMCI (Essential Medicine Cost Index) ภายใต้มุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพร่วมกับผลประโยชน์ความคุ้มค่าของยาทางเศรษฐศาสตร์ โดยค่าอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผล (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) ต้องไม่เกิน ๓ เท่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศต่อปีชีพที่มีคุณภาพ (quality-adjusted life year, QALY) ภายใต้มุมมองของสังคม^(๗)

ปัจจุบันมีข้อกำหนดให้ปรับปรุงรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติทุกๆ ๒ ปี หากมีผลการศึกษาเพิ่มเติมที่แสดงประสิทธิผลและความคุ้มค่าของยา หรือราคายาลดลง เนื่องจากเหตุผลที่ซับซ้อนหรือมีคู่แข่งใหม่ ยาชนิดนั้นๆ ก็มีโอกาสได้รับการพิจารณาเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการใช้บัญชียาหลักแห่งชาติเป็น reimbursable list ของระบบประกันสุขภาพ แต่การควบคุมการใช้ยาระดับประเทศโดยวิธีติดตามกำกับการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาลแต่ละแห่งยังไม่เข้มงวด บริษัทยาใช้กลยุทธ์การลดราคายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีประสิทธิผลใกล้เคียงกับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติให้แก่โรงพยาบาลบางแห่งเพื่อให้หน้าเข้าบัญชีของโรงพยาบาลและใช้กับผู้ป่วยนอกที่เป็นข้าราชการภายใต้ระบบการเบิกจ่ายเงินแบบ FFS ที่มีความเข้มงวดต่ำ

ราคากลางสำหรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. ๒๕๓๕ กำหนดให้การจัดซื้อยาของหน่วยงานต้องไม่เกินราคากลางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด มาตรการควบคุมราคาดำเนินการโดยสำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในปัจจุบันมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนกำลังคน

รายการยาที่มีราคากลางเป็นยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งขณะนี้มียาทั้งหมดทั้งสิ้น ๕๔๖ รายการ^(๘) เนื่องจากมาตรการ

ควบคุมราคายาด้วยราคากลางกำหนดโดยกฎหมายซึ่งมีบทลงโทษ จึงมีผลต่อการปฏิบัติ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา มีการวิพากษ์เกี่ยวกับราคากลางว่าไม่เป็นปัจจุบัน โดยมีทั้งที่ต่ำกว่าและสูงกว่าที่ควรจะเป็น ยบางรายการมีราคากลางที่ต่ำเกินไปจนโรงพยาบาลบางแห่งไม่สามารถซื้อตามราคาที่ประกาศได้และไม่กล้ารายงานเพราะกลัวผิดระเบียบ ทำให้ส่วนกลางได้รับข้อมูลเฉพาะจากโรงพยาบาลที่จัดซื้อได้ภายใต้ราคากลาง การขอปรับขึ้นราคากลางทำได้ยากเนื่องจากต้องมีการชี้แจงข้อมูลที่ชัดเจน ในขณะที่ความร่วมมือในการเสนอราคาจากบริษัทยามีจำนวนน้อย วิธีคิดราคากลางโดยใช้ค่าฐานนิยมจากข้อมูลราคาทั้งหมดในตลาดอาจไม่เหมาะสม เพราะทำให้เกิดการแข่งขันเรื่องราคาของยาชื่อสามัญจนมีผลต่อการเติบโตของอุตสาหกรรมยาในประเทศ และบางบริษัทเลือกใช้วิธีนำเข้ายาจากต่างประเทศที่มีราคาถูกแต่อาจมีปัญหาด้านคุณภาพ ในปัจจุบันโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งเลือกใช้ยาในรูปแบบรับประทานที่มีความแรงและ/หรือขนาดบรรจุไม่ตรงกับรายการที่มีการประกาศราคากลาง

หน่วยงานที่รับผิดชอบได้ตระหนักถึงปัญหาและดำเนินการให้โรงพยาบาลรายงานข้อมูลยาที่ไม่สามารถจัดซื้อได้ภายใต้ราคากลางและดำเนินการทบทวนราคากลางสำหรับยาเหล่านี้พร้อมกับปรับหลักเกณฑ์การกำหนดราคาให้เหมาะสมขึ้น ทั้งนี้ได้กำหนดว่าจะมีการพิจารณาปรับปรุงราคากลางทุกๆ ๖ เดือน เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์โดยเปิดรับข้อมูลจากทุกภาคส่วน

ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนวทางว่าควรมีการปรับวิธีคิดราคากลาง โดยให้นำหนักการพิจารณาในเรื่องคุณภาพ ปรับปรุงข้อมูลราคากลางให้บ่อยขึ้นและเป็นปัจจุบัน โดยเน้นที่ยาซึ่งไม่เคยปรับราคามาเป็นเวลานาน ควรมีระบบการรับแจ้งปัญหาจากโรงพยาบาลเรื่องการจัดซื้อและเรื่องคุณภาพยา

การควบคุมราคาในสถานพยาบาลภาครัฐ

โรงพยาบาลเป็นช่องทางการกระจายยาที่สำคัญ เพราะมีสัดส่วนมากเมื่อเทียบกับช่องทางอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่รับยาที่โรงพยาบาลโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะเป็น

ผู้จัดซื้อโดยตรงจากบริษัทยาโดยผ่านกระบวนการต่อรองราคา ทำให้ราคายามีความแตกต่างกันขึ้นกับหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับอำนาจการต่อรอง เช่น ขนาดโรงพยาบาล กลยุทธ์การต่อรอง นโยบายของโรงพยาบาล โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีปริมาณการซื้อสูงมักจะมีอำนาจการต่อรองมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่ผู้ทำหน้าที่จัดซื้อยามีประสบการณ์ต่อรองหรือมีนโยบายเน้นการแข่งขันด้านราคาในการพิจารณาคัดเลือกยาเข้า- ออกจากบัญชีมักได้ราคาที่ดีกว่า อย่างไรก็ตาม ข้อมูลราคาขายที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งซื้อได้จริงค่อนข้างเป็นความลับ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะ

นอกจากกลไกราคากลาง สำหรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติของสถานพยาบาลภาครัฐแล้ว หน่วยงานต่างๆ ในระดับประเทศยังมีมาตรการควบคุมราคาขายอื่นๆ ประกอบด้วย การต่อรองราคาขายที่มีผู้ผลิตจำหน่ายรายเดียว (monopoly) กับผู้นำเข้าจากต่างประเทศ การต่อรองราคาขายในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีปัญหาการเข้าถึง การต่อรองราคาขายที่จัดซื้อพร้อมระดับเขตสำหรับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์ (compulsory licensing, CL)

การต่อรองราคาขายที่มีผู้จำหน่ายรายเดียวซึ่งมีราคาสูง

มติคณะรัฐมนตรีเมื่อ วันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๕๐ เห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดหายาที่ต้องสั่งซื้อจากต่างประเทศโดยมีผู้จำหน่ายรายเดียวหรือน้อยราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยใช้การทำสัญญาจะซื้อจะขาย (ระยะเวลา ๑ ปี) แบบปรับราคาได้ตามสถานการณ์ต่างๆ เช่น ค่าขนส่ง ค่าภาษี เป็นต้น วิธีการต่อรองใช้ข้อมูลราคาที่ยางานจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ปัญหาที่พบคือ ข้อมูลราคาขายที่โรงพยาบาลรายงานมักไม่รวมส่วนลดหรือส่วนแถมซึ่งบริษัทมักเสนอให้แต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกันมาก บริษัทบางแห่งไม่สนใจเสนอราคาแก่คณะกรรมการฯ เนื่องจากไม่มีกฎระเบียบที่บังคับให้บริษัทต้องเข้าร่วม และไม่มีข้อมูลอุปสงค์ (secured demand) เพื่อการยืนยันตลาดล่วงหน้า (advanced market commitment)

นอกจากนี้พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งทำการต่อรองเพิ่มเติมจัดซื้อยาได้ในราคาที่ถูกลงกว่าจากราคาตามข้อตกลง บริษัทซึ่งมียาหลายชนิดมักเลือกลดราคาสำหรับยาบางกลุ่มเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบปัญหาในทางปฏิบัติ คือ การดำเนินการต่อรองมักใช้เวลานาน เพราะมีเจ้าหน้าที่ดำเนินการไม่เพียงพอ ในปัจจุบันมีรายการยาที่ต่อรองราคาด้วยวิธีนี้ ๖๒ รายการ^(๙,๑๐)

การต่อรองราคาโดยระบบประกันสุขภาพ

กองทุนยา เวชภัณฑ์และวัคซีน ของ สปสช. มีจำนวนรายการยาที่ดูแลทั้งสิ้น ๕๑ รายการ ได้ดำเนินการต่อรองราคายาประมาณ ๓๐ รายการ ทำให้ประหยัดงบประมาณได้ ๓๓๐-๓๕๐ ล้านบาทต่อปี โดยให้ความสำคัญกับการต่อรองราคายาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ยาแต่เข้าไม่ถึงเนื่องจากยามีราคาสูง หรือโรงพยาบาลจัดซื้อไม่ได้ เช่น ยาบิลูชี จ.๒, clopidogrel, deferiprone, oseltamivir รวมทั้งวัคซีนตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข วัคซีนใช้ขวดใหญ่ ยาจิตเวชและ ยาแก้ปวดสำหรับผู้ป่วยทุกระบบประกันสุขภาพ^(๑๑)

ผลการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ราคายาเหล่านี้ส่วนใหญ่ลดลงมาก ยกเว้น ยาแก้ปวดที่ราคาลดลงไม่มากแต่ผู้ป่วยก็เข้าถึงได้มากขึ้น วัคซีนมีราคาที่ปรับขึ้นเล็กน้อย เนื่องจากมีผู้ผลิตน้อยรายและมีอุปสงค์มาก แม้อำนาจการต่อรองของ สปสช. จะมีมากเนื่องจากเป็นผู้ซื้อรายใหญ่ แต่การต่อรองราคาของยา monopoly เป็นไปได้ยาก วิธีการใหม่ที่มีการใช้คือ value-based pricing ซึ่งเป็นการต่อรองราคาโดยอิงกับคุณค่าของยา หากพบว่าผู้ป่วยใช้ยาไม่ได้ผล สปสช. ก็ไม่ต้องจ่ายเงินสำหรับรายนั้น

ในด้านผลกระทบจากการต่อรองราคาขายของ สปสช พบว่า ผลเชิงบวกคือการต่อรองราคากับบริษัทที่มีนโยบายราคาเดียว (one price one list) เช่น องค์การเภสัชกรรม จะทำให้ได้ประโยชน์ต่อทั้ง ๓ ระบบประกันสุขภาพ เพราะราคาขายทั้งประเทศลดลง ส่วนผลเชิงลบ พบว่า การต่อรองราคานั้นส่งผลกระทบต่อตลาดยา ทำให้บริษัทคู่แข่งที่สู้ราคาไม่ได้ต้องออกจากตลาดยา ดังนั้นหากบริษัทยาที่ได้รับการคัดเลือกมีปัญหาในการผลิตหรือจัดส่งจะมีผลให้ไม่สามารถจัดหายา



อย่างพอเพียงได้ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการนำเข้าและการตรวจวิเคราะห์ ปัญหานี้พบได้กับกลุ่มยาบัญชี จ.๒, วัคซีน และยาที่มีการบังคับใช้สิทธิ นอกจากนี้การที่ สปสช. กำกับการใช้ยาโดยอาศัยระบบบันทึกข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อเบิกชดเชยยา (e-claim) ทำให้เกิดภาระการบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาล เนื่องจากโปรแกรมของ สปสช. มีหลายรูปแบบ บางโปรแกรมต้องกรอกข้อมูลอื่นร่วมด้วย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สำหรับระบบประกันสุขภาพอื่นๆ พบว่า กองทุนประกันสังคมเริ่มมีการต่อรองราคายาในลักษณะเดียวกับ สปสช. บ้างแต่มีอำนาจการต่อรองน้อยกว่าเนื่องจากจำนวนผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคมมีน้อยกว่า สำหรับกรมบัญชีกลางยังไม่มี การดำเนินการต่อรองราคาสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการแต่อย่างใด

จากความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ การต่อรองราคายาแบบแยกระบบประกันสุขภาพอาจทำให้เกิดปัญหาเชิงระบบ เพราะจะไม่มีระบบประกันสุขภาพใดอยากต่อรองราคาก่อน เพราะมีโอกาสจะซื้อได้ในราคาสูงกว่า และหากแต่ละระบบประกันสุขภาพมีระบบข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายชดเชยเป็นของตนเอง จะสร้างภาระแก่โรงพยาบาลมาก นอกจากนี้การต่อรองของ สปสช. เพียงกองทุนเดียวจะทำให้ราคายาและค่าใช้จ่ายด้านยาในภาพรวมของประเทศลดลงไม่มากเนื่องจากบริษัทยาอาจใช้วิธีการชดเชยรายได้ที่ลดลงด้วยการจำหน่ายยาให้กองทุนอื่น จึงมีความพยายามที่จะใช้การต่อรองราคายาร่วมกันทั้ง ๓ ระบบประกันสุขภาพ

การจัดซื้อยาร่วมระดับเขตสำหรับหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข

การจัดซื้อยาร่วมระดับเขตเป็นหลักเกณฑ์การจัดซื้อยาของกระทรวงสาธารณสุขตามมติคณะรัฐมนตรี (๑๓ มีนาคม ๒๕๕๐) สำหรับยาในและนอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีปริมาณการใช้และมูลค่ารวมสูงสุด ๑๐๐ อันดับแรกโดยไม่รวมถึงรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่องค์การเภสัชกรรมผลิตซึ่งต้องจัดซื้อตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า มีการจัดซื้อร่วมในจำนวนรายการยาที่แตกต่างกันระหว่างเขต เนื่องจากการจัดซื้อร่วมจะเลือกรายการยาที่มีการใช้ในทุกระดับ โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความต้องการคุณลักษณะของยาที่แตกต่างกัน ทำให้ต้องตกลงรายการยาที่จะจัดซื้อร่วมกัน การจัดซื้อร่วมอาจไม่เป็นที่นิยมหากมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เสียประโยชน์จากราคาที่จัดซื้อร่วม (เป็นราคาคงที่และอาจแพงกว่าราคาที่โรงพยาบาลต่อรองได้เอง) นอกจากนี้การกำกับ ติดตามโดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขก็มีความแตกต่างกันระหว่างเขตด้วย

หากไม่มีนโยบายที่ชัดเจน การจัดซื้อร่วมระดับเขตคงกระทำได้อย่างจำกัด เพราะมีอุปสรรคตามที่กล่าวมาแล้วและต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างจังหวัดซึ่งหลายๆหน่วยงานไม่คุ้นเคย ลักษณะยาที่เหมาะสมสำหรับการจัดซื้อร่วมระดับเขตคือ ยาชื่อสามัญที่ไม่มีสิทธิบัตรและมีผู้จำหน่ายหลายราย ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่รู้สึกถึงความแตกต่างกันด้านคุณภาพยา

จากการศึกษาข้อมูลระดับเขตในปี ๒๕๕๔ จำนวน ๑๖ เขต จากทั้งหมด ๑๘ เขต พบว่ามี ๑ เขตที่ไม่มีการจัดซื้อยาแบบรวมศูนย์ ส่วนเขตอื่นๆ มียาที่จัดซื้อร่วมในจำนวนรายการที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ ๕ รายการ จนถึง ๓๐ รายการ โดยกลุ่มยาที่มีการรวมศูนย์จัดซื้อมากที่สุดคือ ยากลุ่มปฏิชีวนะ ซึ่งมีการจัดซื้อร่วมระดับเขตทั้งหมด ๑๑ รายการ โดยพบว่า ceftazidime 1 g injection เป็นรายการยาที่มีการรวมศูนย์จัดซื้อมากที่สุดคือ ๖ เขต

การบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรด้านยาและเวชภัณฑ์

ในอดีต (พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๑) ประเทศไทยเคยใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิในสิทธิบัตรสำหรับยาที่ถือว่ามีความจำเป็นสำหรับโรคที่เป็นภาระด้านสุขภาพในลำดับต้นของประเทศรวม ๗ รายการ ได้แก่ Efavirenz, Lopinavir/Ritonavir, Clopidogrel, Imatinib, Erlotinib, Letrozole และ Docetaxel ผลกระทบด้านบวก พบว่า ยามีราคาถูกลงและช่วยลดค่าใช้จ่ายได้มาก ผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้น คือ การถ่ายทอดเทคโนโลยีจากประเทศที่พัฒนาแล้วอาจลดลง และการถูก

ตำหนักจากประเทศที่ให้ความสำคัญกับการถือครองสิทธิบัตร^(๑๒) ในทางปฏิบัติ ยาหลายตัว (ยกเว้น Clopidogrel และ Docetaxel) ยังไม่สามารถหาวัตถุดิบในการผลิตได้ และไม่สามารถจัดหาได้ในราคาที่ตกลงด้วยสาเหตุต่างๆ

การกำหนดราคา

ในประเทศไทยนั้น ยาเป็นสินค้าที่ควบคุมราคา อย่างไรก็ตามราคาเมื่อออกวางจำหน่าย (ex-factory) ถูกกำหนดโดยบริษัทยาในลักษณะที่เป็นอิสระ (free pricing) มายาวนานตั้งแต่อดีต ไม่มีหน่วยงานในการควบคุมหรือต่อรองราคาก่อนวางจำหน่าย จึงไม่มีการใช้มาตรการควบคุมราคาใดๆ ไม่ว่าจะเป็น internal price referencing, external price referencing, cost plus pricing หรือ indirect profit control ไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดราคาโดยตรง กฎหมายที่เกี่ยวข้องมากที่สุดคือพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการพ.ศ.๒๕๒๒ ซึ่งดูแลโดยกระทรวงพาณิชย์^(๑๓) โดยกำหนดให้ผู้ประกอบธุรกิจแจ้งราคา มาตรฐาน คุณภาพ ขนาด ปริมาณ น้ำหนัก ชื่อและปริมาณวัตถุดิบเป็นส่วนประกอบของสินค้า กรณีผู้ประกอบธุรกิจต้องการขึ้นราคาต้องยื่นข้อมูลเปรียบเทียบโครงสร้างต้นทุนของสินค้าในราคาเดิมกับราคาใหม่เพื่อให้คณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการพิจารณา อย่างไรก็ตาม มาตรการควบคุมราคาไม่เข้มงวดเมื่อเปรียบเทียบกับสินค้าชนิดอื่น เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีจำนวนไม่เพียงพอ ข้อมูลโครงสร้างต้นทุนที่รายงานโดยผู้ผลิตมักไม่ครบถ้วน จึงยังไม่มีการบันทึกในคอมพิวเตอร์ บริษัทจำนวนน้อยมากแจ้งต้นทุนและราคาตามข้อกำหนดสำหรับการวางจำหน่ายเป็นครั้งแรกเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการขึ้นทะเบียนยา มีบริษัทยื่นขอขึ้นราคายาค่อนข้างน้อย ในขณะที่การสู้ราคายาในตลาดโดยกระทรวงพาณิชย์และข้อมูลทางวิชาการพบว่าการขึ้นราคา ยาทั้งนี้อาจเนื่องจากขั้นตอนการขอขึ้นราคามีความยุ่งยาก ทำให้บริษัทยาหลีกเลี่ยง

ยังไม่เคยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญเกี่ยวกับกฎหมายกำหนดราคาหรือหน่วยงานควบคุมราคา และ

กระบวนการตั้งราคาในการออกวางจำหน่าย มีเพียงมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรับรองยุทธศาสตร์การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย (พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘) ที่มีเรื่องราคาขายคือจะมีการพัฒนากลไกการควบคุมราคา^(๑๔) กำหนดให้บริษัทแจ้งโครงสร้างราคาเพื่อประกอบการตั้งราคา โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบคือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา รัฐสภา กรมทรัพย์สินทางปัญญา กรมการค้าภายในและองค์กรอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องติดตามการปฏิบัติตามมติดังกล่าวต่อไป

การติดตามราคา

ยังไม่มี การติดตามราคาในภาพรวมของประเทศ แต่มีการติดตามการเปลี่ยนแปลงราคาที่ยัดซื้อโดยโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ระบบการรายงานแบบสมัครใจส่งให้ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ (DMSIC) และมีการกำหนดให้ส่งรายงานผลการจัดซื้อยาร่วม เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดราคากลางสำหรับการจัดซื้อยาที่ website กระทรวงสาธารณสุขมีการแสดงข้อมูลราคากลาง ซึ่งมีเฉพาะยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ DMSIC ได้รับอาจไม่ใช่ราคาสูทธิที่ได้คำนวณส่วนลด-ส่วนแถมไว้ด้วยแล้ว

กำไรและภาษี

การสร้างรายได้ของภาคเอกชนจากการจำหน่ายยา

ในส่วนของผลกำไร ประเทศไทยไม่มีกฎหมายและไม่มี การควบคุมผลกำไรจากการขายยาในภาคเอกชน ในแต่ละระดับของห่วงโซ่อุปทาน ทั้งการขายส่ง การขายปลีกที่ร้านยา คลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชน มีเพียงการควบคุมไม่ให้จำหน่ายเกินราคาที่ระบุโดยผู้ผลิต อย่างไรก็ตาม ยาจำนวนมากโดยเฉพาะยาแบบแบ่งนับเม็ดไม่มีการติดราคาที่ภาชนะบรรจุ

ไม่มีระบบการบันทึก ติดตามข้อมูลผลกำไรในแต่ละขั้นตอนของการกระจายยาตั้งแต่ผู้ผลิต ผู้ขายส่ง จนถึงผู้จำหน่ายปลีก ร้านยาถือว่าเป็นอีกหนึ่ง sector ของตลาดยาราคาที่บริษัทขายให้ร้านขายส่งจะสูงกว่าราคาขายให้สถาน



พยาบาลภาครัฐ แม้จะมีปริมาณการซื้อเท่ากัน ร้านยาซื้อขายในราคาแพงกว่าโรงพยาบาลรัฐ ประมาณร้อยละ ๖๖.๙ สำหรับยาต้นแบบ และร้อยละ ๒๘.๖ สำหรับยาชื่อสามัญ^(๑๕) ในส่วนของการจำหน่ายยาที่ร้านยา เนื่องจากจำนวนร้านยามีมากขึ้นในปัจจุบันและมีแนวโน้มการมี chain store มากขึ้น ดังนั้นกลไกการตลาดจึงควบคุมราคาขายยาได้ในระดับหนึ่งเพราะร้านยาตั้งราคาแบบ competitive pricing จากการสัมภาษณ์ตัวแทนสมาคมเภสัชกรรมชุมชน ทราบว่า ร้านขายส่งยาโดยปกติจะ mark up ที่ร้อยละ ๕-๑๐ จากราคาที่ซื้อจากบริษัทยา ร้านขายปลีกมีการ mark up ยา single source ตั้งแต่ร้อยละ ๑๐-๓๐ ส่วนยา generic ซึ่งราคาถูก mark up อาจมากกว่าร้อยละ ๑๐๐ และเมื่อเทียบกับธุรกิจอื่นๆ ร้านยาจัดเป็นธุรกิจที่สร้างผลตอบแทนในระดับที่น่าพอใจ โดยมีผลตอบแทนเฉลี่ยประมาณร้อยละ ๓๐ อย่างไรก็ตาม จากผลกระทบในการแข่งขันด้านราคาขายของร้านยา ทำให้ร้านยาพยายามสร้างกำไรโดยการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร รวมถึงการชักชวนให้มีการใช้ยาวิตามินที่ไม่จำเป็นมากขึ้น

การสร้างรายได้ของโรงพยาบาลจากการจำหน่ายยา

โรงพยาบาลรัฐเป็นแหล่งกระจายยาที่สำคัญ ในระบบสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ซึ่งใช้การจ่ายเงินแบบ FFS สำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามารถสร้างรายได้จากการเบิกจ่ายยา ภายใต้เพดานการ mark up ราคาขายตามประกาศกระทรวงการคลัง นอกจากนี้ คู่มืออัตราค่าบริการของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๔๗ ได้อนุญาตให้โรงพยาบาลคิดค่าบริการในการจ่ายยาในอัตรา ๓๐ บาท/ใบสั่งกรณีที่มีรายการยา ๓ รายการขึ้นไป, ๒๐ บาท/ใบสั่งกรณีที่มีรายการยา ๒ รายการ และ ๑๐ บาท/ใบสั่งกรณีที่มีรายการยา ๑ รายการ อย่างไรก็ตาม การตั้งราคาค่าบริการจากการจ่ายยาดังกล่าวยังไม่มีการนำไปปฏิบัติอย่างแพร่หลาย

ภาษีมูลค่าเพิ่ม

ราคาจำหน่ายยา เวชภัณฑ์และสินค้าอื่นๆในประเทศไทยเป็นราคาที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่มในอัตราร้อยละ ๗ ทุกรายการ อย่างไรก็ตามพบว่าการเลี่ยงภาษี เช่น การซื้อขายยาโดยไม่

ออกใบเสร็จแบบกำกับภาษีเพื่อให้สามารถได้ยาในราคาถูกลง ซึ่งส่วนใหญ่จะทำในภาคเอกชน ในระดับต่างๆ เช่น ร้านขายส่ง ร้านค้าปลีกที่เป็นเจ้าของที่ไม่ใช่นิติบุคคล ในอนาคตมีแนวโน้มที่อัตราภาษีมูลค่าเพิ่มจะสูงขึ้นเนื่องจากรัฐบาลจัดระบบต่างๆในรูปแบบรัฐสวัสดิการค่อนข้างมาก ในขณะที่อัตราภาษีมูลค่าเพิ่มในปัจจุบันต่ำกว่าประเทศอื่นๆ เช่น สหราชอาณาจักร มาตรการทางภาษีอื่นๆ การผลิตยาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการนำเข้าวัตถุดิบจากต่างประเทศ ซึ่งพระราชกำหนดพิกัดภาษีศุลกากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดเก็บภาษีจากการนำเข้ายาคิดในอัตราร้อยละ ๓๐ และมีการงดเว้นภาษีการนำเข้าวัตถุดิบ^(๑๖)

วิจารณ์และข้อยุติ

ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขเน้นกลไกการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในโรงพยาบาลภาครัฐ โดยการควบคุมราคาขายเริ่มในขั้นตอนการพิจารณาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบทางงบประมาณของยาเป็นเกณฑ์หนึ่งของการพิจารณาคัดเลือก หลังจากนั้นมีการกำหนดราคากลางสำหรับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนั้นบัญชียาหลักแห่งชาติจึงจัดเป็นกลไกควบคุมราคาขายทางอ้อมที่มีประสิทธิภาพและยังเป็นกลไกที่ใช้ในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาที่สำคัญของประเทศไทย โดยระบบประกันสุขภาพหลักกำหนดสิทธิประโยชน์ที่อิงกับบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันสังคมที่ใช้การเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการสุขภาพผู้ป่วยนอก ทำให้โรงพยาบาลต้องควบคุมการใช้จ่ายด้านยาเพื่อลดการแบกรับความเสี่ยงทางการเงิน

นอกจากบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว ยังมีกลไกควบคุมราคาในขั้นตอนการจัดซื้อยาตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุสำหรับสถานพยาบาลของรัฐ ส่วนการต่อรองราคาบัญชี จ.๒ และยากำพร้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอำนาจการต่อรองสูง อย่างไรก็ตาม มีจำนวนรายการยาที่ต่อรองค่อนข้างจำกัด สำหรับการดำเนินการจัดซื้อร่วมในจังหวัดและเขต ยังดำเนินการได้ไม่เต็มที่

ระบบราคายายังไม่เคยมีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในระดับประเทศ ยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบและไม่มีหลักเกณฑ์ในการกำหนดราคายาก่อนการขึ้นทะเบียนยา ยังไม่มีกฎหมายหรือระบบควบคุมกำไรจากการขายยาที่ร้านยาคลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลเอกชน มีเพียงการควบคุมไม่ให้จำหน่ายเกินราคาที่ระบุโดยผู้ผลิต ในส่วนของการติดตามราคายามีเพียงระบบข้อมูลและราคายาที่จัดซื้อของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นการรายงานแบบสมัครใจ ยังมีปัญหาด้านความถูกต้องสมบูรณ์ และความเป็นตัวแทนของข้อมูล

ในการเสริมประสิทธิภาพของการควบคุมราคายาที่ประเทศได้ดำเนินการอยู่แล้ว ควรให้ผู้ผลิตเปิดเผยโครงสร้างต้นทุนร่วมกับราคายาเพื่อใช้เป็นเงื่อนไขในการพิจารณาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีการใช้บ่อยและมีผู้ผลิตจำหน่ายหลายราย โดยเฉพาะยาชื่อสามัญที่ผลิตในประเทศมักแข่งขันด้านราคา จนทำให้เกิดความกังวลเรื่องคุณภาพ และการหดตัวของอุตสาหกรรมยาในประเทศ ควรมีการส่งเสริมการสั่งใช้ยาชื่อสามัญ และสร้างแรงจูงใจแก่โรงพยาบาลโดยกำหนดราคาเบิกจ่ายที่ให้ผลกำไรที่สูงกว่ายาต้นแบบ รวมทั้งศึกษาผลกระทบของการแข่งขันราคาและแนวทางแก้ไข ในส่วนของราคากลางควรให้น้ำหนักการพิจารณากับเรื่องคุณภาพ ปรับปรุงข้อมูลราคากลางให้บ่อยขึ้น และเป็นปัจจุบันโดยเน้นที่ยาซึ่งไม่เคยปรับราคามาเป็นเวลานาน และควรมีระบบการรับแจ้งปัญหาจากโรงพยาบาลเรื่องการจัดซื้อและเรื่องคุณภาพยา

สำหรับการต่อรองราคายา ควรมีการจัดการความรู้ในการต่อรองราคายา กลยุทธ์และนวัตกรรมที่หน่วยงานใช้ในการต่อรองราคากับบริษัทยาและกลยุทธ์ราคายาที่บริษัทยาใช้ โดยจัดการความรู้ทั้งในส่วนของยา monopoly ซึ่งดำเนินการโดยสำนักบริหารการสาธารณสุขและการต่อรองราคายาราคาสูง และมีความจำเป็นในบัญชียาหลักแห่งชาติ ของ สปสช. และการต่อรองราคายาของโรงพยาบาล และควรขยายรายการยาที่ต่อรองโดยส่วนกลาง ขยายการต่อรองให้ครอบคลุม ๓ ระบบประกันสุขภาพ ขยายการต่อรองให้ครอบคลุมโรงพยาบาลที่

ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และส่งเสริมการจัดซื้อยาร่วมระดับเขตหรือจังหวัด นอกจากการต่อรองราคาแล้วควรพัฒนากลไกการติดตามราคายา ให้สามารถติดตามราคายาทั้งภาครัฐและเอกชนได้ และให้ข้อมูลราคายาเป็นข้อมูลที่มีการเปิดเผยต่อสาธารณะ เนื่องจากในปัจจุบันมีเพียงระบบข้อมูลของศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็นแบบสมัครใจและจำกัดเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเตรียมรองรับการควบคุมราคายาในระยะยาว ควรศึกษาเกี่ยวกับกลไกการควบคุมราคาเบิกจ่ายยาซึ่งมีการใช้มากในต่างประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายราคายา คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้ริเริ่มและผลักดันให้มีแผนงานฯ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญด้านราคายาของประเทศ ที่ให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนของการทบทวน ตั้งแต่การพัฒนารอบแนวคิด การให้ข้อมูลที่เป็นความคิดเห็น และการถ่ายทอดประสบการณ์

เอกสารอ้างอิง

- DIUS (2007b). The R&D Scoreboard 2007: The Top 850 UK and 1250 Global Companies by R&D Investment Main Data Tables, London.
- OECD Health Policy Studies. Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. France: OECD Publication; 2008.
- Austrian Institute. PPRI Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information - technical interim report. Vienna: European Commission, Directorate-General Health and Consumer Protection and Federal Ministry of Health and Women's Issues, Austria; 2006.
- นุศราพร เกษสมบูรณ์. ค่าใช้จ่ายด้านยาในประเทศสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องสวนกระแสเศรษฐกิจ. ใน: รายงานสถานการณ์ระบบยา. ๒๕๕๒. หน้า ๓๕.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานทรัพยากรสาธารณสุข. [on line]. 2553



- [สืบค้น 5 เมษายน 2555]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://hrm.moph.go.th/res53/res-rep2553.html>
๖. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. การสาธารณสุขไทย 2548-2550 [on line]. 2548 [cite 2011 Feb 14] Available from: URL: <http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2005-2007/report2005-6-4.pdf>
๗. วิธีการคัดเลือกยาบัญชียาหลักแห่งชาติ [on line]. 2547 [สืบค้น 28 ธันวาคม 2554]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.thaifda.com/ed2547/?pg=manual>
๘. ราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ [on line]. 2551 [สืบค้น 6 สิงหาคม 2554]. แหล่งข้อมูล: URL: http://dmsic.moph.go.th/download/mp51_251151.pdf
๙. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์การจัดซื้อยาของกระทรวงสาธารณสุข. ปรับปรุงครั้งที่ ๒. นนทบุรี: ๒๕๕๑.
๑๐. สัญญาจะซื้อจะขาย (แบบปรับราคาได้) ของยาที่มีผู้จำหน่ายรายเดียว [on line]. 2554 [สืบค้น 5 มกราคม 2555]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://dmsic.moph.go.th/news/detail.php?idnews=3120>.
๑๑. การบริหารยาที่มีปัญหาการเข้าถึง [on line]. 2554 [สืบค้น 6 สิงหาคม 2554] เข้าถึงได้จาก: <http://drugfund.nhso.go.th/drugfund/webfiles/images/17022012104754-page118-120.pdf>
๑๒. อินทรา ยมาภย์, อดุลย์ โมฮารา, วันดี กริชอนันต์, คัทนางค์ ไชยศิริ, ศรีเพ็ญ ดันติเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การประเมินผลกระทบจากมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทยระหว่างปี ๒๕๔๕-๒๕๕๑. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; ๒๕๕๒.
๑๓. พระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542 [on line]. [สืบค้น 6 สิงหาคม 2554]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.dit.go.th/aboutdetail.asp?catid=103370101&ID=1093>.
๑๔. นโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ. 2554 และยุทธศาสตร์การพัฒนา ระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2554 - 2557 [on line]. [สืบค้น 6 สิงหาคม 2554]. แหล่งข้อมูล: URL: http://wwwapp1.fda.moph.go.th/drug/zone_service/files/NDP%20from%20cabinet14Mar11.pdf
๑๕. Sooksriwong C. Medicine Pricing, Availability and Affordability in Thailand [on line]. [cited 2011 Sep 10 Available from: URL: http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200610TH/sdocs/survey_report.pdf
๑๖. ระบบพิกัดอัตราอากร [on line]. [สืบค้น 6 สิงหาคม 2554]. แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.thailog.org/wikilog/logistics/import-export-customs/2010-12-23-03-52-17/2010-12-23-06-00-34.html>